UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLAIES DES VOIES BILIAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 février 1920

PAR

SARTRE (Pierre-Louis)

Né à St-Renan (Finistère), le 22 novembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { BOSC, Professeur, *Président*. ESTOR, professeur. SOUBEYRAN, agrégé libre LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLAIES DES VOIES BILIAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLAIES DES VOIES BILIAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 février 1920

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

PAR

SARTRE (Pierre-Louis)

Né à St-Renan (Finistère), le 22 novembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

BOSC, Professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé libre
LEENHARDT, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse.— Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA (✲)	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲).
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (⚷).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (⚷).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✲ ⚷), a. l. c. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ⚷, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✲ ⚷), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH (✲) ch. d'ag.
GAUSSEL (✲ ⚷).	J. DELMAS (⚷).	
RICHE.	RIMBAUD (✲).	

Examinateurs de la thèse :

MM. BOSC, prof., présid[t] ; ESTOR, prof. ; SOUBEYRAN, agr. libre ; LEENHARDT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

P. SARTRE.

A MES MAITRES
DES ÉCOLES DE MÉDECINE D'ANGERS
ET DE RENNES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

A MON JURY DE THÈSE

P. SARTRE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, il est de notre devoir de remercier MM. les professeurs des Écoles d'Angers, de Rennes et de la Faculté de Montpellier, dont nous avons suivi les cours.

M. le professeur Bosc a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en exprimons notre reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Soubeyran qui a bien voulu nous inspirer notre sujet de thèse et nous guider dans notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLAIES DES VOIES BILIAIRES

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Les plaies des voies biliaires que l'on peut parfois rencontrer isolément s'accompagnent, et ce sont là les cas les plus fréquents, de lésions des organes voisins et surtout du foie.

Peu fréquentes, elles ne sont cependant pas sans présenter un certain intérêt, et nous avons été tenté de rassembler ici quelques observations publiées au cours de la guerre, ne voulant considérer que les plaies de la vésicule ou des canaux biliaires, laissant à part les ruptures.

Déjà, avant la guerre, plusieurs cas avaient été signalés : Courvoisier signale 14 plaies sur 48 traumatismes des voies biliaires. Terrier et Auvray en rapportent 4 cas.

Biagi réunit 12 plaies intéressant uniquement la vésicule, ou associées à des lésions du foie, de l'estomac ou de l'intestin.

Couteaud réunit 11 plaies opérées.

Falione rassemble 17 cas.

Cotte, en 1908, trouve, sur 63 traumatismes des voies biliaires, 13 plaies certaines avec des lésions voisines dans 7 cas.

Ces 13 plaies opérées ont donné 9 guérisons.

Pendant la guerre, 16 cas ont été signalés sur 297 blessures du foie. Ces 16 cas, rassemblés par Soubeyran (Blessures du foie et des voies biliaires, 1913), sont les suivants :

Bouvier et Caudrelier, *Soc. de chir.*, 1915, p. 1832. Perforation de la vésicule ; laparotomie médiane ; suture ; guérison.

Mathieu, *Soc. de chir.*, 1915, p. 2229. Perforation de la vésicule (rein et foie lésés) ; mort.

Didier, *Soc. de chir.*, 1916, p. 115. Perforation de la vésicule (incision ondulée) ; suture ; éclatement du foie ; mort.

Rouvillois, *Soc. de chir.*, 1916, p. 708. Perforation du fond de la vésicule ; laparotomie médiane ; éclatement du foie ; laparotomie ; mort.

Id. — Perforation de la vésicule ; laparotomie latérale avec branche ; suture ; déchirure du foie ; mort.

Id. — Perforation du col de la vésicule ; laparotomie médiane ; suture ; 3 perforations du côlon ; mort.

Delay et Lucas-Championnière, *Soc. de chir.*, 1916, p. 2059. Plaie vésicule et cholédoque + foie et estomac ; mort.

Id. — Vésicule déchiquetée ; ablation : + foie + estomac + pancréas ; mort.

Barnsby, *Soc. de chir.*, 1917, p. 1129. Section du fond de la vésicule ; cholécystectomie + suture de 2 perforations de l'estomac et du foie ; mort.

Barnsby, p. 2123. Section totale du fond de la vésicule : cholécystectomie + sutures de perforations de l'estomac et du foie ; guérison.

Id. — p. 2135. Section de la vésicule ; cholécystectomie ; éclatement du foie ; mort.

Soubeyran, *Rev. de chir.*, 1918. Lésion du hile comprenant l'hépatique ; blessure du foie ; fracture du bassin ; tamponnement ; mort.

Id. — Section du col de la vésicule ; éclatement du foie avec hernie ; laparotomie exploratrice ; mort.

Fraser et Bater. Section du cystique près de la vésicule ; tamponnement ; guérison (1916).

Gosset, *Soc. de chir.*, 1916, p. 1109. Accident éloigné ; cholécysto-gastrostomie pour oblitération de la voie biliaire principale par blessure de guerre.

Lefur. Blessure thoraco-abdominale par éclat d'obus avec perforation du foie ; lésion de la veine porte et du canal cystique ; abstention ; mort au 4e jour (*Paris chir.*, 1916).

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Les lésions des voies biliaires étant généralement accompagnées de lésions des organes voisins, nous croyons bon de rappeler ici sommairement leur rapports anatomiques :

Vésicule. — Son fond, en contact avec la paroi abdominale, correspond au point où le bord externe du droit rencontre le 9e cartilage costal.

De là elle se dirige en arrière et à gauche.

Elle adhère au foie par de petits vaisseaux, le péritoine revêt sa face inférieure.

Son fond, logé dans l'échancrure cystique du foie, le déborde de 10 à 15 millim.

Le corps, rattaché au foie par du tissu aréolaire et des veines, est en rapport : en bas avec le côlon transverse, en arrière avec la 1re portion du duodénum et le pylore.

Le col recourbé en S répond en bas à la 1re portion du duodénum.

Trois tuniques : séreuse, fibro-musculeuse, muqueuse.

L'artère cystique naît généralement de la branche droite de l'artère hépatique et se bifurque en deux branches qui parcourent la vésicule.

Canal cystique (3 à 5 cm.). — Il se porte en bas, à

gauche et en arrière, pour s'unir au canal hépatique. Il est en rapport en arrière et à gauche avec la veine porte. L'artère cystique côtoie son bord gauche.

Canal hépatique (2 à 3 cm.). — Né dans la partie droite du sillon transverse du foie, il se dirige en bas et à gauche.

Comme le précédent, il est contenu dans le dédoublement du petit épiploon, au niveau de son bord libre, au devant de la veine porte et de la branche droite de l'artère hépatique, à gauche du canal cystique et de la vésicule.

Canal cholédoque (43 millim.).— Il continue la direction de l'hépatique en bas et en dedans. On lui décrit quatre portions :

1° *Portion sus-duodénale :* inconstante.

2° *Portion rétro-duodénale :* duodénum en avant, auquel il n'adhère pas et qui peut se décoller, veine cave en arrière dont le sépare l'hiatus de Winslow.

3° *Portion pancréatique :* tête du pancréas en avant, veine cave en arrière ainsi que la veine rénale droite.

4° *Portion pariétale* ou pré-papillaire.

En somme, la vésicule et le cystique sont situés à droite de la ligne médiane et relativement superficiels ; l'hépatique et le cholédoque sont presque médians et très profonds et l'on peut déjà prévoir la plus grande fréquence des plaies de la vésicule.

ETIOLOGIE. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Etiologie. — Etant donnés les rapports étroits des voies biliaires et des organes voisins (foie, estomac, côlon, grêle), il nous est aisé de concevoir que l'étiologie des voies biliaires se confond avec celle des plaies de l'abdomen, et avant la guerre nous trouvons les plaies par : armes à feu, sabre, épée et surtout couteau. Pendant la guerre : balle, shrapnell, éclat d'obus.

Physiologie pathologique. — La plénitude de la vésicule (après le repas), tout comme pour la vessie, en favorise la blessure. L'écoulement de bile dans le péritoine est alors favorisé d'une part par la contractilité de la vésicule, d'autre part par sa compression lors des inspirations par suite de l'abaissement du foie.

La bile s'écoule généralement dans le flanc droit, rarement à l'extérieur. Il peut en résulter : de la péritonite, l'enkystement de la collection, de l'intoxication par absorption de bile par le péritoine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ainsi que nous l'indiquions précédemment au chapitre d'anatomie topographique, la situation relativement superficielle de la vésicule, et son volume, expliquent qu'elle soit plus fréquemment lésée que les canaux biliaires.

Dans le tableau que nous présentons au début, on trouve sur 16 plaies des voies biliaires :

12 plaies de la vésicule ;

4 plaies des canaux.

Dans les plaies de la vésicule : les bords sont nets dans les blessures par instrument tranchant ; ils sont contus et déchiquetés dans les plaies par arme à feu.

La possibilité d'une double perforation, l'une sur la face supérieure, l'autre sur la face inférieure, a été signalée.

Dans les plaies des gros canaux biliaires (qui sont moins fréquentes), le voisinage de gros vaisseaux :

Veine porte pour le canal cystique ;

Artère hépatique et branche droite de la veine porte pour le canal hépatique ;

Veine cave pour le canal cholédoque (rétro-duodénal),

fait que l'on a généralement une hémorragie importante qui emmène le blessé. Il en résulte dans ce cas un épanchement parfois considérable de bile et de sang dans le péritoine ; ce fut le cas dans une de nos observations que nous empruntons à Lefur.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des plaies des voies biliaires sont, au début, les mêmes que ceux des plaies du foie.

L'hémorragie peut, en quelques instants, entraîner le blessé. Le shock semble ici assez rare, alors qu'il est fréquent dans les ruptures par contusion de l'abdomen.

Le siège de la blessure est un signe incertain, nous devons tenir compte de l'obliquité possible du trajet, et on a pu voir des plaies des voies biliaires par projectile, avec un orifice d'entrée éloigné de la région.

La douleur localisée à l'épigastre et à l'hypocondre droit (signalée par Terrier et Auvray comme un signe de valeur) peut faire défaut.

Bien plus importants sont: la contracture de la paroi, la défense du droit de l'abdomen, la matité iliaque, les nausées et les vomissements.

L'écoulement de la bile est aussi un signe de réelle valeur, encore qu'on le retrouve parfois dans les plaies du foie.

Complications.

Dans les plaies de la vésicule, l'écoulement de la bile peut avoir plusieurs conséquences et l'on peut voir se

développer, par suite de l'infection due à la septicité de l'arme, une péritonite généralisée, ou à un degré moindre de virulence, une péritonite plastique.

La mort peut aussi survenir par suite d'affaiblissement progressif dû à la perte biliaire.

Signalons encore la cholerragie et à distance les atrésies.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Diagnostic. — En présence d'un blessé de l'abdomen il nous semble très difficile de se prononcer, surtout si la plaie est peu large et s'il n'y a pas d'écoulement de bile, encore que nous ayons vu que ces signes n'ont pas une valeur absolue.

Au surplus, nous sommes en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, et uniquement la laparotomie peut nous permettre de diagnostiquer à coup sûr le nombre, le siège et la nature des lésions. La présence de bile dans l'abdomen aiguillera nos recherches vers les voies biliaires, et ainsi nous établirons notre diagnostic.

Pronostic. — Encore que les résultats fournis par les observations de la guerre comportent une forte proportion de décès, nous sommes cependant en droit d'attendre à l'avenir des résultats meilleurs. Les plaies des voies biliaires ne seront pas toujours accompagnées de gros délabrements de voisinage, ou même de blessures à distance, et déjà les observations publiées avant la guerre donnaient de bons résultats.

Cotte, en 1908, signale 13 plaies certaines de voies biliaires opérées, donnant 9 guérisons.

Soubeyran (1919), dans les 16 cas qu'il rassemble, signale 3 guérisons opératoires. Nous y remarquons que les plaies de la vésicule sont moins dangereuses que celles des canaux. Tout en réservant le pronostic, nous ne pouvons cependant pas nous ranger à l'avis des anciens auteurs (Sabatier, Boyer, Velpeau, Follin) qui considéraient les plaies de la vésicule comme fatales et ne proposaient aucune intervention.

TRAITEMENT

En présence d'une plaie des voies biliaires, il va de soi que le seul traitement doit être chirurgical. Nous rapportons cependant une observation de Gossset, de guérison spontanée, mais il ne semble pas qu'il y ait eu ici section du cholédoque.

Pour la vésicule et le cystique qui sont à droite de la ligne médiane, nous emploierons la laparotomie latérale droite.

Pour l'hépatique et le cholédoque : la voie médiane.

Les voies biliaires seront rapprochées de la paroi antérieure en plaçant le blessé en forte lordose dorso-lombaire à l'aide d'un coussin.

L'incision de Kehr, incision en baïonnette, donne un jour excellent.

Nous avons à considérer deux cas :

1° *Plaies de la vésicule :*

a) En présence d'une plaie nette et limitée de la vésicule, celle-ci étant saine antérieurement, on s'adressera à la suture en deux plans, après avivement des bords (plan d'enfouissement et plan total) avec un drainage de précaution de 48 heures.

b) Souvent, par suite de déchirure importante et irré-

gulière, ou pour terminer rapidement si la situation presse, si le blessé ne peut supporter une longue intervention, on fera un abouchement à la peau, une cholécystostomie, qui demandera plus tard une intervention simple pour fermer la fistule.

c) Enfin, parfois l'ablation de la vésicule s'imposera (cholécystectomie) si les lésions sont très étendues, avec vésicule largement déchirée, enflammée, avec bords déchiquetés, sphacélés, souillés.

2° *Plaies des canaux biliaires* :

Dans les lésions des voies principales, la suture complète peut être indiquée.

Dans l'hépatique, la suture paraît bien problématique et on se contentera d'un drainage avec suture partielle.

Pour le cholédoque, si la section est incomplète ou longitudinale, on fera un drainage à la Mickulicz porté au contact.

Si la section est complète on pourra : ou bien lier les deux bouts et faire une cholécystostomie ou entérostomie ou mettre quelques fils d'attente et tamponner.

En résumé, dans les plaies des voies biliaires la laparotomie s'impose, dès que le blessé est relevé de l'état de shock. On suturera si c'est facile, en se rappelant cependant que le tamponnement peut donner de bons résultats.

OBSERVATIONS

Observation I

(Bouvier et Caudrelier)

Perforation de la vésicule biliaire. — Guérison

F. A., sergent au 162e rég. d'inf., blessé par éclat d'obus à 40 mètres de notre poste, le 22 juin 1915. Amené 10 minutes après. Opéré 28 minutes après. Intervalle 28 minutes.

Etat : orifice d'entrée hypocondre droit, pas d'orifice de sortie, douleur très vive, contracture de la paroi, pouls à 90.

Opération : laparotomie sus et sous-ombilicale. Bile dans le ventre. La vésicule est perforée de part en part. On trouve l'éclat dans le ventre.

Suture et enfouissement des perforations.

Suites : le lendemain quelques vomissements. Pouls a 80. Evacué allant très bien.

Observation II

(Lefur)

Blessure thoraco-abdominale par éclat d'obus, avec perforation du foie. Lésion de la veine porte et du canal cystique. — Mort.

L. M..,, entre à l'hôpital Janson-de-Sailly trois jours après avoir été blessé. A son arrivée on constate une petite plaie par éclat d'obus de la région sous-costale droite, au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Le blessé se plaint de douleurs abdominales diffuses. Le ventre est dur et ballonné. Il existe un ictère prononcé (coloration jaune intense des conjonctives, urines ictériques et rares). La température est de 37°. Pouls, 128, petit et filant. La langue est humide. Pas de vomissements. Le malade ne va pas à la garde-robe et rend difficilement des gaz. Je pense à une péritonite malgré l'absence de vomissements et de température, bien que l'ictère prononcé puisse faire penser à une lésion hépatique compliquée d'infection.

Traitement. — Glace sur le ventre. Diète hydrique. Sérum et huile camphrée à haute dose. Caféine et sparteine.

Le lendemain de son arrivée, l'état général du malade baisse de plus en plus, ce qui m'empêche de pratiquer une laparotomie exploratrice à laquelle j'avais pensé.

A l'autopsie, lésion de la veine porte en son milieu et du canal cystique au niveau de l'artère cystique. Grand épanchement de sang et de bile dans l'abdomen.

Observation III

(Gosset)

Cholécysto-gastrostomie pour oblitération du cholédoque après blessure de guerre.

E. M..., 21 ans, entré à l'hôpital le 16 septembre 1915 ; blessé le 23 mars 1915 à Ypres par une balle dont l'orifice d'entrée est à 1 cm. au-dessus du mamelon droit, et qui est venue se loger sous la peau, au niveau de la crête iliaque gauche, à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est à peu près certain qu'il y a eu plaie du foie. Vomissement de sang et douleurs péri-ombilicales aussitôt après la blessure.

Ce blessé fut traité 7 heures après sa blessure par l'incision de Murphy.

Le 5 avril 1915, à Poperinghe : ablation de la balle au milieu d'une collection suppurée. Jaunisse en juillet 1915, qui devient de plus en plus intense,

Au 24 décembre 1915, l'état est le suivant : de temps en temps crises douloureuses avec frissons et grandes élévations de température.

Pendant les 14 jours où le blessé a été en observation à la salle 16, les crises se sont répétées tous les 3 ou 4 jours, et pendant les crises la température montait à 39° pour retomber de suite. Pas de vomissement. Matières fécales décolorées, malgré tous les traitements. Urines brunes très foncées ; teinte cutanée jaune plus ou moins foncée.

A l'examen clinique : foie volumineux ; bord supérieur à la 4e côte ; bord inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord costal ; pas douloureux. On ne sent pas la vésicule. La percussion de la région vésiculaire n'est pas douloureuse. A sa place on éprouve une sensation de résistance, et on sent une bride assez grosse qui descend jusqu'à la fosse iliaque droite ; on suppose qu'il s'agit du côlon ascendant fixé par son angle à la région vésiculaire.

Palpation du reste du ventre est négative. Ventre plat, parfois en bateau ; la cicatrice de la laparotomie est souple. La vésicule et le cholédoque sont sur le trajet suivi par la balle. Il resterait à déterminer si le sang vomi vient de l'estomac ou du poumon. Pouls 70, régulier.

L'opération est pratiquée le 27 décembre 1915.

On trouve un foie normal. Vésicule biliaire de forme et de volume d'une poire, et entourée de fortes adhérences. Péritonite sous-hépatique très marquée englobant le hile du foie et l'origine du duodénum.

On ponctionne la vésicule et on extrait 200 grammes de bile très foncée. Le canal cystique est donc perméable. Dans ces conditions on décide de faire une cholécystostomie. On fixe d'abord la vésicule sans l'ouvrir au péritoine, à l'aponévrose et aux muscles ; on l'ouvre ensuite et on la fixe à la peau avec 4 points à la soie fine ; un gros drain introduit dans la vésicule est en communication avec un tube en verre coudé, et, dès que le malade est reporté dans son lit, on installe l'aspiration continue.

Les suites opératoires sont normales et le 28 janvier 1916 on enlève les fils. Les selles continuent à être complètement décolorées.

15 mars 1916. Le malade a engraissé de plusieurs

kilos. On supprime le drain de la vésicule pour voir si la bile passe dans le cholédoque.

6 avril. La bile n'a pas passé dans l'intestin. Les matières sont toujours décolorées. Le malade engraisse. Pas d'ictère, pas de température.

On décide de rétablir le cours de la bile.

8 avril 1916, nouvelle intervention :

Incision transversale. On ouvre le péritoine. On libère la vésicule qui est longue et large. On ne trouve pas le cholédoque à cause d'adhérences.

On se décide pour une cholécysto-gastrostomie. L'orifice de communication est sur la face antérieure près du pylore ; il est vertical et mesure 1 centimètre.

Une frange épiploïque recouvre la suture et le tout est réduit dans le ventre. Il n'y a pas de tractions sur l'anastomose. Petit drain et petite mèche. Sutures. Durée totale, 27 minutes.

En cas de troubles du côté de l'estomac (par excès de bile) on fera plus tard une gastro-entérostomie.

8 avril. Vomissements abondants de bile.

9 avril. On change le pansement. Ventre plat. Le malade prend des liquides.

10 avril. Evolution normale.

11 avril. Suppression des drains.

17 avril. Ablation des fils. La plaie est cicatrisée. Fonctionnement parfait des voies digestives. L'opéré se porte de mieux en mieux.

Observation IV

(Barnsby)

Plaies de l'estomac, du foie et de la vésicule biliaire (opéré 5e heure). Guérison.

D. G..., blessé le 7 août 1917 par éclat d'obus. Orifice d'entrée hypocondre gauche, à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes gauches.

Radioscopie. — Gros éclat dans la paroi abdominale antérieure, à deux travers de doigt à droite de l'ombilic, à 34 mm. d'un repère antérieur.

A l'arrivée : ventre de bois. Pouls, 120. Vomissements. Laparotomie transversale, partant de l'orifice d'entrée gauche et allant vers le projectile droit.

Hernie épiploïque au niveau de l'orifice d'entrée par où s'écoule en plus de la bile. Perforation de l'estomac face antérieure, suture sur deux plans. Plaies tangentielles, face inférieure du foie. Section totale du fond de la vésicule biliaire retrouvée libre dans le ventre. Cholécystectomie. Tamponnement de la plaie du foie. Drainage aux deux extrémités de l'incision transversale. Incision sus-pubienne pour toilette et drainage du petit bassin (150 gr. d'éther). Guérison.

Observation V

(Soubeyran)

Section du col de la vésicule. — Eclatement du foie avec hernie. Laparotomie exploratrice. — Mort.

J... Séton abdominal par balle. Orifice d'entrée dans le flanc droit. Orifice de sortie au-dessous de l'extrémité antérieure du 9e cartilage costal droit ; par cet orifice de sortie : hernie d'un lobe hépatique noirâtre. Pouls 100. Ventre souple. Pas de vomissement. Facies assez bon.

Laparotomie latérale pendant l'orifice de sortie (quinzième heure). Foie noirâtre, résection du fragment déchiqueté qui fait hernie (moitié du poing). Suture de son implantation. Beaucoup de sang dans le ventre, mêlé de bile ; face inférieure et bord antérieur du foie éclaté autour du sillon créé par la balle. Résection d'une deuxième languette hépatique sur le bord antérieur ; cette languette et la portion herniée sont de chaque côté du ligament suspenseur autour de l'extrémité du sillon qu'a parcouru la balle. La face inférieure est toute fissurée, le col de la vésicule est sectionné. Une fois le sang enlevé on ne retrouve plus l'hémorragie actuelle ; rien au côlon.

Cholécystectomie, tamponnement sous-hépatique.

Mort 48 heures après.

Observation VI

(Soubeyran)

Lésion du hile comprenant l'hépatique. — Blessure du foie. — Fracture du bassin. — Tamponnement. — Mort.

G. G... Thoraco-hépatique par éclat d'obus. Multiblessé. Orifice d'entrée dans le 9e espace, sur la ligne axillaire droite postérieure. Blessé très pâle, très shocké. Pouls, 96, petit, pas de vomissement. Très long à se réchauffer. Eclat qui a traversé le lobe droit du foie et qui est dans la paroi abdominale antérieure près du point vésiculaire. Opéré à la 7e heure. Laparotomie latérale avec branchement externe horizontal; sang en assez grande quantité dans le ventre. Séton du foie. Orifice d'entrée sur la face convexe du lobe droit avec fissure : il ne saigne pas. Orifice de sortie en avant du hile : il saigne en bavant. Suture des orifices; pénible par l'orifice de sortie, les points de l'aiguille donnent du sang; tamponnement sur eux.

Traitement rapide de 5 blessures par éclats d'obus des membres et d'une fracture du frontal (esquillectomie). Blessé qui ne peut se remonter.

Mort dans la nuit.

CONCLUSIONS

Les plaies des voies biliaires sont peu fréquentes.

La majeure partie de ces plaies intéressent la vésicule.

Ces plaies sont graves, surtout celles des canaux. Les complications peuvent être : hémorragie, péritonite, cholerragie, et à distance les atrésies.

Le diagnostic se fait rarement : il est souvent le résultat d'une laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen.

Le traitement, même en cas de doute, sera la laparotomie (incision de Kehr) et le mode d'action sera subordonné à la partie lésée, d'une part, et à l'importance de la lésion, d'autre part.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 février 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 février 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aurégan. — Traumatismes du foie et des voies biliaires (Th. Paris, 1876).

Baldassari et Gardini. — Expériences sur le traitement des perforations et déchirures de la vésicule bil. (Gaz. d. Osped., 1902).

Barnsby. — Plaies pénétrantes de l'abdomen (Soc. de chir., Paris, 1917).

Baudouin. — Les nouvelles opérations sur les voies biliaires (Progrès médical, 1896, 1897, 1898).

Biagi. — Ferita transfosso. dell. stom. u. della cistifella (Il Policlin., 1902).

Bouvier et Caudrelier. — Rap. Quénu sur les plaies de l'abdomen (Soc. de chir., 1915).

Bullinger. — Ueber Fall von Gallenblasen-Dün darmstichverletz. (Beit. z. klin. Chir., 1898).

Campaignac. — Plaies des voies bil. (Journ. hedom., 1829).

Colson et Walton. — Belgique méd., 1897.

Cotte. — Traitement des traumatismes des voies bil. (Rev. de gyn. et chir. abdom., 1908).

Couteaud.— Plaies de la vésicule bil. (Rev. de chir., 1907, et Soc. de chir., 1905).

Delagenière. — Résection d'une portion du canal hépatique et du cholédoque. Suture bout à bout (Soc. de chir., 1909).

Delay et Lucas-Championnière. — Rap. Quénu sur les plaies pénétrantes de l'abdomen (Soc. de chir., 1916).

Didier. — Soc. de chir., 1916.

Ehrardt. — Hépato-cholangio-Enterostomie bei Aplasie gross. Gallenweg. Cent. f. Chir., 1907).

Falione. — Ferite della cistifell (Atti del XXI[e] Congrès d. Soc. chir. ital., Roma, 1908).

Fraser et Bater. — Blessures pénétrantes de l'adomen (Journ. of the royal army med. c., 1916 ; in Journ. de chir., 1917).

Gayet. — Plaies du foie et de la vésicule bil., laparot., guérison (Lyon méd., 1907).

Gosset. — Plaies de l'abdomen (Soc. de chir., 1915).

— Cholécysto-gastrostomie pour oblitération de la voie biliaire principale par blessure de guerre (Soc. de chir., 1916).

Hermes. — Un cas de blessure de la vésicule bil. (Deuts. med. Woch., 1892).

Hochenegg. — Un cas de perforation de la vésicule bil. (Wien. Woch., 1899).

Kausch. — Traitement chir. des maladies des voies bil. (Deuts. clin. v. Leyden, 1901).

Körte. — Opérations contre le rétrécissement du cholédoque (cicatrice ou cancer) (Arch. f. klin. Chir., 1903).

Lefur. — Blessure thoraco-abdominale par éclat d'obus, lésion du foie, de la veine porte, du canal cystique (Paris chir., 1916).

Mathieu. — Rap. Quénu sur les plaies pénétrantes de l'abdomen (Soc. de chir., 1915).

Mayo-Robson. — 534 opérations sur les voies biliaires (Boston med. a. surg. J., mai 1903).

Montprofit. — Procédé d'anastomose en Y pour les voies bil. principales (Ann. chir., 1909).

Pauchet. — Chirurgie des voies bil., Paris, 1900.

Rouvillois. — Plaies pénétrantes de l'abdomen (Soc. de chir., 1916).

Soubeyran. — Plaies du foie (Rev. de chir., 1918 et 1919).

— Les blessures du foie et des voies bil. (Paris, Alcan, 1919).

Terrier et Auvray. — Traumatismes du foie et des voies bil. (Rev. de chir., 1896 et 1897).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. **8-78**.